**河源市人民医院机电零星维保项目**

**采购咨询报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 供应商名称 |  | | |
| 地 址 |  | | |
| 联系人 |  | 固话 |  |
| 手 机 |  | 传真 |  |
| E-Mail |  | | |
| 供应商的主要服务范围 |  | | |
| 递交报名资料 | 签名： 日期： | | |
| 科室经办人 审核意见 |  | | |